COLMED Info

BELGIE - BELGIQUE
P.B. / P.P.
B/24

Tweemaandelijks - Geneesherenhuis - Louizastraat 8 - 2000 Antwerpen
Toelating gesloten verpaking B/24

Afgiftekantoor - TOURNAI I
Bureau de dépôt - TOURNAI I

Collège Royal des Médecins

de l'agglomération bruxelloise

n° 975 - Avril-Mai '99

- *Agenda Culturel :*
  Journées d'automne
- *Médecine : cécité des rivières*
- *La trousse d'Esculape*

Prix Pierre Dustin (2ème prix)
"Avant la guerre"
Dr. A. Bouckaert
Pages III- VI

Voir notice légale en page 3

Le mot de la Rédactrice en chef

Vous avez reçu notre première Revue nouvelle formule nationale et comme nous le pensions bien, vos réactions de surprise, voire de désappointement, furent vives et vous nous les avez communiquées oralement et par écrit parfois.
Notre Revue ancienne manière n'était plus viable, et c'est après de longues et souvent pénibles discussions au sein des Comités Directeur et de Rédaction que nous sommes arrivés à la conclusion que seule une Revue Nationale avec pages locales pouvait nous tirer d'une situation désespérée.
Nous avons chargé le Docteur Andris de la mise au point de ce projet et il s'en est fort bien tiré, mais au prix de lourdes économies inévitables, qui se traduisent bien sûr, par une présentation plus modeste et un papier plus léger. Toutefois nous restons optimistes pour l'avenir et nous sommes persuadés que la mise sur rail au cours de l'année de " Colmed Info " va nous permettre de redresser la situation et de vous offrir une solution de rechange presque parfaite et cela, bien sûr, toujours à titre gracieux. Nous ferons de notre mieux pour améliorer dans un premier temps, la qualité du papier, en commençant par la page de couverture.
Enfin, nous ferons remarquer que la valeur intrinsèque de nos articles est absolument inchangée et que, l'habit ne faisant pas le moine, le contenu de notre Revue nous paraît le plus important.
Nous comptons sur vous, chers lecteurs et chères lectrices, pour nous aider par votre compréhension à solutionner les problèmes qui se posent à nous, et qui ne nous rendent pas la tâche facile.

Docteur Marguerite Cambron.

Sommaire

Agenda 4

Bibliophilie 5-6

Jubilaire 15, 18

Médecine

MSD contre cécité des rivières 7

Onychomycoses 8 - 9

Ménopause : la bonne voie 10-11

Les antioxydants 12

Transplantation pulmonaire 14

La trousse d'Esculape

Un crachoir chinois sang-de-boeuf 16-17

Voyage

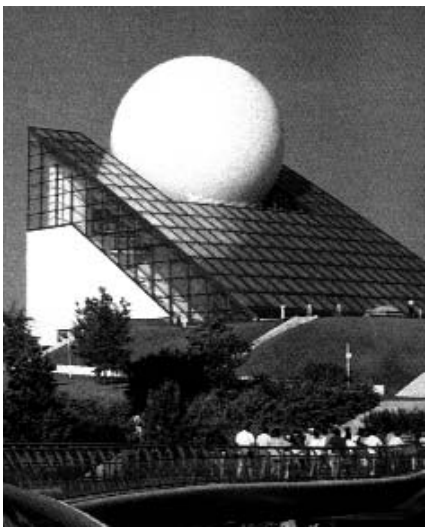
Voyage à Poitiers I - II

Prix Pierre Dustin (2ème prix)

Avant la guerre III - VI

Culture

L'art de la guerre VII



du 29 au 31 octobre 99
Visite du Futuroscope de Poitiers.

Collège Royal des Médecins de l'agglomération bruxelloise "Maison des Médecins

Comité Directeur
Président : Prof Jacques Marin
Président d'honneur : Prof Jean-Claude Demanet
1er Vice Président : Dr Guy Pâque
2e Vice Président : Dr Alain de Meeûs d'Argenteuil
3e Vice Président : Dr Michel Chantraine
Secrétaire Général : Dr Albert Jortay
Secrétaire Général Adjoint : Prof Monique de Rood
Trésorier : Dr André Bruyns
Trésorier Adjoint : Dr Jean-Marie Dalcq
Membres : Prof. Geneviève Aubert - Dr Henri Bondue - Dr Marguerite Cambron - Dr Paule Ketelbant - Dr Etienne De Keyser - Dr Justin Vanatoru - Dr Lucien Warnimont -

Délégué à l'Entraide : Dr Maurice Anckaert

Délégué à la Mutuelle : Dr Justin Vanatoru

Maison des Médecins
Président honoraire : Prof. Jean Lederer
Président : Prof Jean-Claude Demanet
Administrateur-Gérant : Dr Guy Pâque
Administrateurs : Dr Marguerite Cambron - Dr Henri Bondue - Dr André Bruyns - Dr Jean-Robert Fagnart - Dr Albert Jortay - Prof Jacques Marin

Délégués aux jeune médecins : Dr Michel Chantraine
Prof. Geneviève Aubert

Editeur responsable &
Rédactrice en chef : Dr Marguerite Cambron
(pages locales) Av. du Pic vert, 24
1640 Rhode-St-Genèse
Tél./Fax 358.19.25

Comité de rédaction : Professeurs J.-C. Demanet, J. Lederer, J. Sternon, J. Marin, G. Aubert, B. Conet, J.-M. Dumont, A. Jortay, R. Van Laethem, A. Sibille, C.-M. Thiebauld, A. de Meeûs, G. Pâque

Directrice administrative : Me Emmanuelle Wagschal

La rédaction du bulletin n'assume aucune responsabilité dans les offres et demandes contenues dans les petites annonces et dans les pages publicitaires en général. Les textes des articles publiés n'engagent que leurs auteurs. Le droit de copies de tous nos articles originaux est réservé.

Collège des Médecins : Crédit Communal
et caisse d'entraide : 068-2171659-50

Union professionelle reconnue sous le n° 709
Moniteur Belge du 31-12-1903, acte n° 5675

Régie publicitaire :
MEDIAL Mr Alain Mathieu
Rue du Prieuré 32
1360 Malèves-Sainte-Marie
Tel : 010/88.94.48 - Fax 010/88.03.18

Mutuelle du Collège des médecins : Tél. 02/344.41.10

Bureaux : Av. Circulaire, 138 - 1180 Bruxelles

Ouvert lundi au jeudi de 9 à 12h00
lundi au jeudi de 13 à 17h30
vendredi permanence téléphonique
Tél. 02/374.97.00
Fax 02/375.85.82
E-mail colmed@skynet.be

Notice CORVATARD®

1. DENOMINATION Nom de la spécialité : CORVATARD® - Principe actif : Molsidomine (DCI). 2.1. TITULAIRE D'ENREGISTREMENT THERABEL PHARMA S.A. - rue Egide Van Ophem 110, 1180 BRUXELLES 3. COMPOSITION Molsidomin. 8 mg - Sacchar. lact. - Cellulos. microcrist. - Macrogol. 6000 - Hydrogen. ricin. oleum - Magnes. stearas. q.s. pro tablet. compressa una. 4. FORMES, VOIES D'ADMINISTRATION ET CONDITIONNEMENTS Boîtes de 40 et 80 comprimés à libération prolongée, dosés à 8 mg de molsidomine. Administration : par voie orale. 5.1. INDICATIONS Traitement prophylactique et traitement au long cours de l'angine de poitrine. NB : Les comprimés de CORVATARD ne sont pas adaptés au traitement de la crise d'angor. 5.2. POSOLOGIE ET MODE D'EMPLOI La posologie doit être adaptée à la sévérité des symptômes angineux et à l'évolution de l'état clinique du patient. La dose usuelle est de 1 comprimé à libération prolongée de CORVATARD 2 fois par jour. 5.3. CONTRE-INDICATIONS L'administration de CORVATARD est contre-indiquée en cas de choc cardiogénique ou d'hypotension grave, ainsi qu' en cas d'allergie connue à la molsidomine. 5.4. EFFETS INDESIRABLES Des céphalées et, exceptionnellement, des troubles gastro-intestinaux, des phénomènes d'hypotension orthostatique et des manifestations allergiques peuvent survenir. 6.1. DELIVRANCE Sur prescription médicale. 6.2. DERNIERE MISE A JOUR DE LA NOTICE 02.07.1997. 6.3. NUMERO D'ENREGISTREMENT 152 IS 117 F3

AGENDA

A NOTER

Andy Warhol
dimanche 5 septembre 1999 à 10 h 30

Visite guidée de la rétrospective Andy Warhol : A factory, au Palais des Beaux-Arts de Bruxelles

Rendez-vous : Palais des Beaux-Arts à 10 h 15

Prix : membres 450 frs non membres 550 frs

Ensor
Le dimanche 26 septembre 1999 à 10 h 00

Visite avec audioguide de l'exceptionnelle exposition Ensor au Musée d'Art Ancien de Bruxelles

Rendez-vous : Musée d'Art Ancien à 10 h 00
Prix : membres 450 frs non membres 550 frs

du 29 au 31 octobre 99

Visite du Futuroscope de Poitiers.

Janvier - Février 2000

Voyage de 8 jours sur le lac Nasser (bateau de luxe) et visite du ASSOUAN, tous les détails de ce magnifique voyage dans le prochain numéro.
Prix approximatif : 60.000frs
Médecin intéressé, manifestez-vous au 374.97.00

***AVIS IMPORTANT** : le Collège des Médecins a obtenu la garde médicale au Théâtre le PUBLIC. Médecins intéressés, manifestez-vous au 374.97.00.*

Pour toutes les activités du Collège :
Réservations uniquement :Par inscription téléphonique au 374.97.00 et par communication de votre numéro de carte VISA et de sa date d'expiration.

Journées d'automne du 8 au 10 octobre 1999 consacrées à la photographie

** La compétition s'adresse à un large public médical et aussi aux conjoints qui ont la passion de la photo.*
** L'expérience du passé nous porte à ne faire aucune exclusive concernant les thèmes proposés par les participants : portraits, paysages, scènes de genre sont autant de sources d'inspiration qui seront les bienvenues.*
** L'important est de nous envoyer la quintessence de votre art et peut-être aurons-nous la bonne surprise de découvrir un nouveau Cartier-Bresson ou un Doisneau inattendu ou encore un autre Salgado.*

Prix du Collège des Médecins pour vos plus belles photos

** Les conditions d'inscription au concours :*
La compétition est accessible à tous les médecins et aux conjoints des médecins membres du Collège. Photos noir/blanc (format minimum 30 cm x 20 cm). Photos couleurs (idem). Chaque participant doit choisir une seule catégorie et proposer 3 oeuvres au maximum, à remettre au plus tard le 30 septembre 1999. Chaque oeuvre doit pourvoir être facilement accrochable à une cimaise.

Exposition des photos

Dans le show-room des Quatre Saisons (rue de la Cuve 20 à 1050 Bruxelles) du 8 au 10 octobre 1999

** La soirée de vernissage de l'exposition aura lieu le vendredi 8 octobre soir dans le show -room des Quatre Saisons, endroit particulièrement agréable, et sera agrémenté d'un cocktail.*

Remise des Prix de Photographie

aux Quatre Saisons, le samedi 9 octobre

** Le samedi, le Jury remettra le Prix du Collège qui consistera en un bel objet ayant trait évidemment à la photographie.*
** Un 2e Prix et un 3e Prix seront également attribués.*
** Un Prix du Public récompensera l'oeuvre primée d'après un gallup effectué auprès des visiteurs de l'exposition.*

Formulaire de participation

Le (la) soussigné(e) a l'intention de participer à l'exposition photos des Journées d'automne du Collège des Médecins les 8 et 9 octobre 1999.

Nom :..... Prénom:.....

Adresse :.....

Tél :.....

Pour les conjoints exposant, nom du conjoint médecin :

.....

Signature:

(à renvoyer au Collège des Médecins le plus rapidement possible)

“J’ai quelque chose pour vous, Monsieur Binard”!

C’est ainsi que tout a commencé.

Monsieur Binard, ingénieur génial, créateur du poste Scarabée, avait une passion, l’Antiquité, toute l’Antiquité, de Sumer à Rome.

Tous les dimanches, à 8 h du matin, il sortait sa vieille Opel Rekord du garage et partait au marché aux puces. Il me prenait avec lui si j’étais là mais n’attendait jamais.

Nous étions voisins, ses fils et moi prenions le tram ensemble pour aller au collège Saint-Michel. C’était en 1950. J’avais 13 ans, la passion de la lecture, un mur de ma chambre de 3 m sur 3 prédestiné à accueillir des centaines de livres, et 20 francs en poche tous les dimanches, assez pour en acheter 4.

Monsieur Binard garait sa voiture dans la rue Blaes. Il était grand et marchait vite. Dès le coin du marché aux puces, il était accueilli par Monsieur Chevallier avec deux phrases invariables “Bonjour Monsieur Binard, je n’ai rien pour vous aujourd’hui” ou “J’ai quelque chose pour vous Monsieur Binard”.

Monsieur Binard s’intéressait surtout aux livres anciens, moi à la poésie.

Mon admiration pour lui était grande. C’était pour moi un homme connu, puisque tous les libraires du marché aux puces le connaissaient. Et je me demandais si, un jour, je serais aussi connu que lui. Les années ont passé. Monsieur Binard n’est plus. Mais quand j’entends maintenant “J’ai quelque chose pour vous Docteur”, me reviennent les petits matins au Vieux Marché avec lui. Depuis, aussi, d’autres murs de la maison ont été couverts de livres, trop entend-je-dire.

Fig 1

Qu’est-ce qu’être collectionneur?

Il y a sûrement un élément de passion, une exaltation quand on découvre certains livres, un désir de possession.

Mais il n’y a pas de collectionneurs sans libraires et les relations qui s’établissent entre eux et nous sont bien agréables, d’autant plus qu’elles sont suivies et que les libraires sont souvent gens de qualité, fort cultivés et collectionneurs eux aussi.

Il y a des livres qui laissent des souvenirs indélébiles. L’un est devenu mon livre de chevet en 1950. C’était l’Anthologie de la poésie française du XIXe au XXe siècle, du chanoine Desgranges, un livre de classe, à la couverture rouge. Ce livre m’a accompagné aux Etats Unis lors de ma formation et au Vietnam dans les années 70. C’était un livre fétiche. Il est resté dans un bus en Thaïlande près d’Aranyaprathet, où se trouvait un camp de réfugiés Cambodgiens, en 1983. Ce livre sans valeur, je ne l’ai jamais retrouvé et le regrette tous les jours.

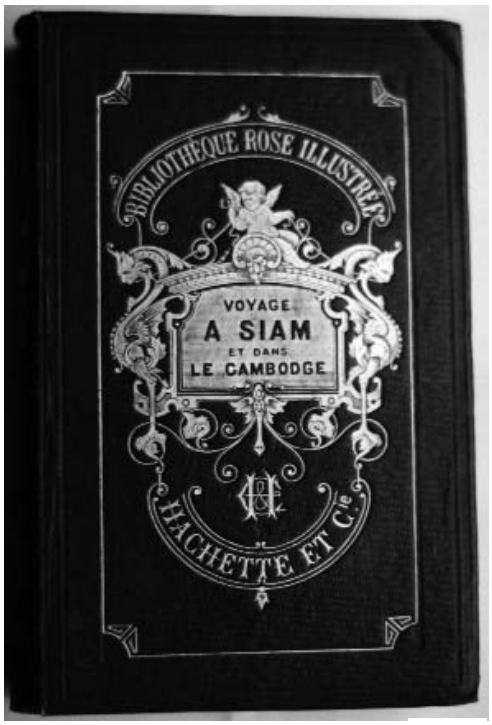
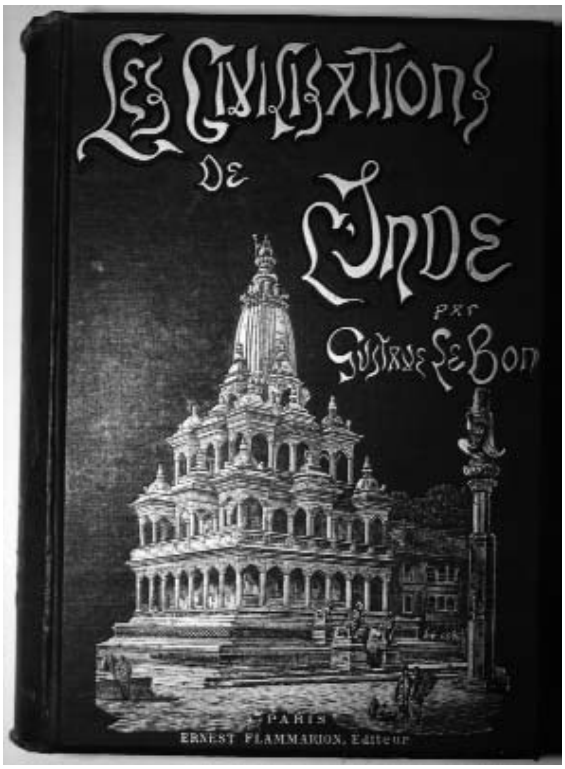


Fig 2

Il y a le livre coup de foudre comme les “Moeurs, Institutions et Cérémonies des peuples de l’Inde” de l’Abbé Dubois, un in 8, publié à Paris en 1825, trouvé à Kathmandu, au fond d’une librairie où les livres pourrissaient lentement dans l’humidité, un livre relié plein cuir avec un curieux cachet armorié aux armes de la “Society of Writers to the Signet” (Fig. 1), dont un moine bénédictin, le Père Mark Dillworth, historien aux archives catholiques d’Ecosse, m’apprit bien plus tard qu’il était celui d’une bibliothèque juridique d’Edimburgh.

Quel parcours pour un livre écossais, de se retrouver au Népal!

Et puis, il y a mes passions, toutes les éditions du Voyage dans les royaumes de Siam, de Cambodge, de Laos d’Henri Mouhot, ce naturaliste Français, envoyé par la Société Anglaise de Géographie, parti de Bangkok en 1858 qui révéla au monde les ruines des temples d’Angkor et s’en fut mourir de la malaria à Luang Prabang en 1860. Ses notes publiées d’abord dans le “Tour du Monde en 1863” suscitèrent un tel intérêt, que son récit abrégé fut repris dans la bibliothèque rose (Fig. 2).



Ou encore les livres écrits par les missionnaires jésuites au XVII et XVIIIe siècles firent connaître à l'Europe, l'Asie de l'Inde à la Chine et que Voltaire défendit lors de la querelle des rites. Les jésuites, deux siècles en avance sur le Concile de Vatican II en 1953, avaient accepté le culte des ancêtres sans le taxer d'idolâtrie.

Et enfin, les livres aux cartonnages somptueux du siècle dernier qui entraînaient l'imagination dans les mondes inconnus (Fig. 3-4-5) d'Asie et d'Afrique.

Ce sont là mes passions. Mais la bibliophilie semble bien être une passion individuelle qui ne se transmet pas souvent de génération en génération. Combien de bibliothèques somptueuses n'ont-elles pas été dispersées par des héritiers indifférents?

Cette passion rend maniaque. Quand je me rends dans une maison que je ne connais pas et qu'il m'est donné de passer dans la bibliothèque, où se trouvent un certain nombre de livres à l'envers, où un tome IV d'un ouvrage voisine avec le tome II d'un autre, je me dis avec nostalgie que voilà une bibliothèque morte avec des livres de décoration à l'instar de certaines feuilles de papier peint, ou encore, s'il s'agit d'un meuble bibliothèque, que la déclaration de succession aura été "meuble avec livres anciens" comme on en voit dans toutes les foires d'antiquaires.

Le comble aura été pour moi une maison, par ailleurs richement décorée, où des reliures XVIIIe siècle avaient été encastrées, éparses , dans un mur, sans qu'on puisse en faire bouger aucune. Le décorateur avait calculé trop chichement l'espacement entre les planches et seul un maillet avait eu le pouvoir de ranger les livres. Il est vrai que les reliures XVIIIe peuvent s'acheter au kilo ou par paquets de trois pour mille francs (+ 25 Euros).

Et le prix est assez stable.

Ce qu'il adviendra de mes livres après ma mort, je ne sais, mais ils m'auront procuré bien des joies...

Ici, je me rends compte n'avoir parlé ni du dentiste qui a accumulé plus de 10.000 livres de littérature ni du juriste qui a voué à Napoléon tout le temps qu'il ne consacre pas à son épouse ni de tous ceux qui rassemblent des incunables, des Ires éditions ou des livres de généalogie ni - l'omission eût été grave - des collectionneurs de bandes dessinées et de leur élite, les tintinolâtres.

Mais ainsi va la vie. La richesse de l'Esprit humain est telle que même des jumeaux homozygotes, dans la mesure où ils ont des femmes différentes, ont des collections que ne se ressemblent pas.

Docteur Christian-Charles Dupuis

MSD contre l'onchocercose et l'éléphantiasis

La firme MSD, bien connue sur la place, fait don de médicaments pour traiter des millions de personnes

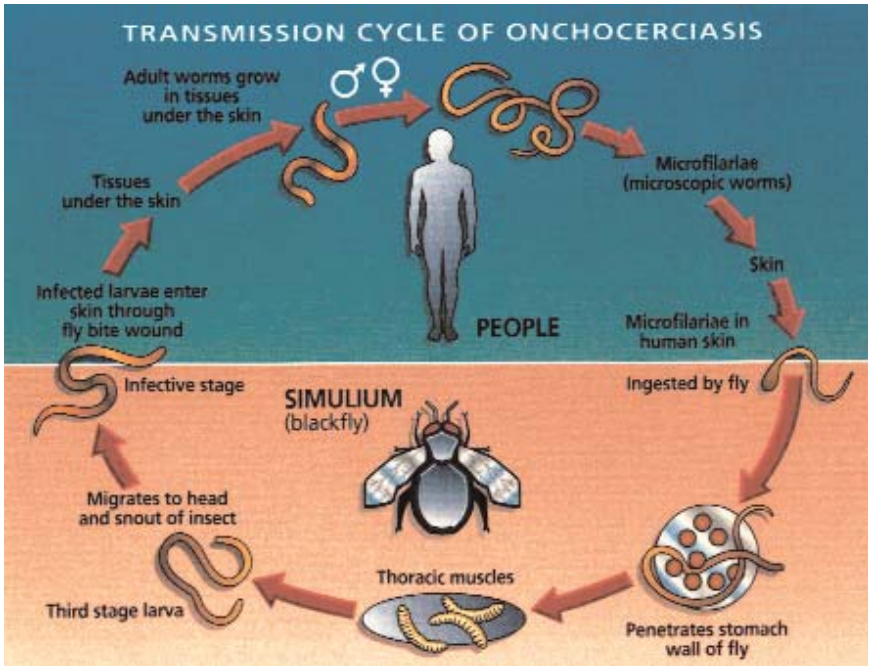
La cécité des rivières (onchocercose) est l'une des principales causes de perte de la vue dans les pays en voie de développement. Dans les villages où règne la maladie, environ 15% de la population sont touchés. Pire encore : bien souvent les personnes atteintes d'onchocercose n'ont même pas quatre ans.

La morsure de la simulie

C'est surtout en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale que la cécité des rivières fait des ravages. L'affection contraint des familles entières à quitter les terres fertiles proches des rivières. Dans les zones humides jouxtant les cours d'eau rapides sévit la mouche noire Simulium qui transmet l'infection aux humains. La morsure de Simulium introduit dans l'organisme les larves d'une filaire parasite, qui se nichent dans le tissu conjonctif sous-cutané. Arrivés à maturité, les vers pondent de nouvelles larves (les microfilaires), qui peuvent se déplacer sous la peau. Elles provoquent un prurit insupportable. Elles peuvent également pénétrer dans l'œil et y infecter la cornée. Si elles infestent la rétine, elles provoquent la cécité.

L'Organisation Mondiale de la Santé a lancé en 1974 un programme de grande envergure pour combattre la cécité des rivières. Cela a commencé par l'épandage d'insecticide sur les foyers de développement de la mouche noire. Depuis les années '80, l'Union européenne s'occupe, via l' " European Partners Blindness Prevention Program ", de la distribution du médicament MectizanR, mis gratuitement à sa disposition par MSD.

Plus récemment, ce programme de donation, le plus vaste au monde, vient d'être étendu à la filariose lymphatique. Cette affection, souvent



appelée éléphantiasis, est une maladie parasitaire majeure qui grève lourdement les structures sociales et économiques des pays où elle sévit. L'Organisation mondiale de la Santé estime que près d'un milliard de personnes réparties dans 73 pays courent un risque de contracter la filariose lymphatique et que plus de 120 millions de personnes sont infectées. Près d'un tiers des personnes infectées vivent en Inde, un autre tiers en Asie et dans le Pacifique, et le dernier tiers en Afrique. Etant donné la prévalence de l'onchocercose et de la loase dans la partie sub-saharienne de l'Afrique et les effets secondaires qui peuvent découler d'un traitement à la diéthylcarbamazine, un médicament tel que le MectizanR, revêt un très grand intérêt.

Gonflement des membres

La filariose lymphatique est transmise par des moustiques. Les filaires Wucheria brancrofti et Brugia malayi, vers parasites filiformes, responsables de la filariose lymphatique, vivent presque exclusivement chez l'Homme. Ils se nichent dans le système lymphatique. Ils y survivent pendant des années, produisant des millions de microfilaires immatures qui circulent dans le sang. Le cycle de vie de ces microfilaires s'achève lorsque des moustiques les reprennent et les transmettent à d'autres personnes.

Les manifestations cliniques des maladies dues aux filaires se développent assez lentement. Certaines personnes attentes de filariose peuvent être porteuses de la maladie depuis plusieurs années sans en être conscientes. Une lésion rénale peut apparaître par blocage lymphatique. La raison pour laquelle la maladie est plus connue sous le nom d'éléphantiasis ets qu'elle peut provoquer une augmentation de volume particulièrement importante et invalidante des bras, des jambes et des organes génitaux.

Dr. P. Sainjean

LES ONYCHOMYCOSES

Les onychomycoses sont importantes sur le plan quantitatif. Dans la classe d'âge moyen, par exemple, 15 à 20 % des personnes en sont atteintes.

En tant que praticien, on n'a pas toujours une vue très nette sur la situation. Il n'est pas rare que les informations sur le diagnostic et le traitement soient contradictoires et qu'elles sèment dès lors la confusion. En outre, à l'heure actuelle, on ne doit plus penser uniquement d'un point de vue médical mais aussi économique et, en matière d'onychomycoses, cela mène à des conclusions surprenantes.

L'étiologie

En cas de paronychie, affection fréquente au niveau des ongles des doigts, on se trouve généralement en présence d'une levure, Candida habituellement, mais pas toujours du type albicans.

Par contre, les agents traditionnels de l'onychomycose sont généralement une poignée de dermatophytes, avec en tête de liste : Trichophyton rubrum, Trichopyton interdigitale, Epidermophyton floccosum. On rencontre également ces noms dans les affections nommées " tinea ".

De plus en plus souvent, on constate cependant que les agents ne sont ni des dermatophytes, ni des levures. Les plus connus sont: Scopulariopsis brevicaulis et Scytalidium dimidiatum. Dans le passé, ils étaient automatiquement catalogués comme contaminants. Contrairement à la peau normale, un ongle ne transpire pas et n'a qu'un mouvement limité vers l'extérieur, aussi les passants occasionnels peuvent-ils y séjourner plus longtemps. De surcroît, ces organismes ne font pas le poids face à des mécanismes de défense immunitaire sains, ce qui explique en partie pourquoi ils ne jouent pratiquement aucun rôle dans les dermatomycoses habituelles. Mais dans le milieu unguéal, ils sont pour ainsi dire hors de portée de ces mécanismes de défense. Les méthodes d'examen avancées comme l'histopathologie, l'immunohistochimie et la microscopie confocale in vitro ont permis d'apporter la preuve de leur présence dans les ongles en tant qu'agents infectieux. Il n'est pas rare non plus de retrouver à la fois des dermatophytes et des moisissures.

Un laboratoire de mycologie n'a donc pas la tâche facile. Il se voit dans l'obligation de fixer des règles strictes pour distinguer, avec une grande chance d'exactitude, les contaminants des pathogènes. Et c'est en effet un point faible. Le professeur liégeois et autorité mondiale en la matière, Gérald Piérard, prétend que 20% de cultures en fait positives sont déclarées négatives, car les champignons cultivés sont erronément pris pour des contaminants. Près de la moitié de ces champignons sont des moisissures.

Il est un fait qu'une certaine proportion d'onychomycoses, encore une fois surtout des orteils, sont provoquées par des moisissures. D'aucuns estiment cette proportion à 25%, mais des spécialistes comme Gupta s'en tiennent à un minimum de 10%. Il est remarquable qu'un certain nombre de scientifiques et de cliniciens continuent à nier ce phénomène, ce qui a des répercussions en recherche pharmaceutique clinique. Il n'est pas rare en effet que cette recherche exclue de la sélection toutes les onychomycoses causées par des non dermatophytes.

Le traitement

En ce qui concerne l'onychomycose, on peut affirmer que le traitement topique appartient au passé. Les résultats étaient trop faibles, pour une part peut-être parce que la peau environnante restait une source permanente de réinfection. L'ère de la griséofulvine est révolue elle aussi.

Actuellement, on opte pour un traitement exclusivement oral. Les résultats sont bons et la toxicité ou les effets indésirables en général ne posent plus de problèmes. Les paramètres biologiques ne doivent plus être contrôlés qu'en cas d'antécédents de trouble hépatique. Les interactions avec d'autres médicaments peuvent être évitées. Celles de l'itraconazole sont déjà connues : ne pas associer aux antiallergiques astémizole et terfénadine ni au procinétique cisapride. Quant à celles de la terbinafine et du fluconazole, elles seront certainement définies dans un proche avenir.

Et ainsi sont nommés les trois protagonistes. Ils possèdent d'une part une bonne activité antimycosique et, d'autre part, des propriétés pharmacocinétiques favorables qui leur permettent de se diffuser également dans le tissu unguéal. Une méthode de traitement spécifique a été mise au point pour chacun d'eux :

- La terbinafine agit à une posologie de 250 mg 1 x par jour pendant 3 mois. Il s'agit tout simplement d'un traitement continu.
- L'itraconazole agit à une posologie de 200 mg 2 x par jour pendant 3 x 1 semaine, les semaines de traitement étant chaque fois séparées par une pause thérapeutique de 3 semaines. C'est le traitement intermittent ou traitement d'une semaine.
- Le fluconazole agit officiellement à une posologie de 150 mg 1 x par semaine pendant environ 1 an. Ce traitement est dit ponctuel.

Avec ces traitements, la charge totale de principe actif est la suivante : 23 g de terbinafine, 4,8 g d'itraconazole et 7,8 g de fluconazole. Entre parenthèses : tous ces chiffres portent sur l'onychomycose des orteils. Pour ce qui est des ongles des doigts, en règle générale, les 2/3 de la durée du traitement suffisent probablement.

Le système de la terbinafine entraîne sans doute l'administration d'une dose plus forte que nécessaire. Arrese et al. écrivent à ce sujet : " …devrait être remplacé par un traitement intermittent dont les modalités exactes restent encore à déterminer. "

Le système de l'itraconazole est

bien pensé et corroboré par de nombreuses études. L'effet de charge pendant la période " pulse " est très important, car la même quantité totale administrée en traitement continu entraîne des concentrations plus faibles dans l'ongle.

Le système ponctuel du fluconazole est basé sur la casuistique et sur des études pilotes, qui sont contestées par les connaisseurs. Quoi qu'il en soit, l'effet clinique n'est que modéré. Dans la pratique, on voit d'ailleurs augmenter la dose jusqu'au triple de celle préconisée.

A propos de l'évaluation de l'efficacité, Arrese et al. ont formulé deux mises en garde importantes.

La première a trait à la dualité conceptuelle, c'est-à-dire que nombreux sont ceux qui admettent que des non dermatophytes sont eux aussi susceptibles d'infecter les ongles des orteils, alors que d'autres s'accrochent au dogme qui veut que seuls les dermatophytes soient capables de causer une infection: " Dans diverses études, on introduit un biais qui exclut a priori tous les cas qui ne correspondent pas à une atteinte par des dermatophytes. Les conclusions de ces essais ne peuvent donc pas être extrapolées sans réserve importante à des situations cliniques de routine. "

La seconde mise en garde porte sur les critères d'évaluation : " Les cas que d'aucuns présentent comme des améliorations partielles ne sont en fait que des échecs relatifs qui, invariablement, deviennent manifestes quelques mois après l'arrêt du traitement. Or, assez ironiquement, certaines publications qualifient cette situation de 'succès clinique'. Si succès et échec deviennent synonymes, il est difficile de tirer des conclusions fiables de la masse de données. "

Il est sans nul doute sensé de garder ces considérations à l'esprit, en tant que clinicien, lorsque l'on est confronté aux chiffres tirés de la recherche mycologico-clinique.

La manière la plus sûre d'évaluer l'efficacité clinique est de passer globalement en revue tout le matériel de recherche clinique fiable. Et c'est ce qu'a fait le professeur canadien Gupta, un des " papes " de la mycologie clinique. Le fluconazole s'est révélé plus faible que les deux autres, bien qu'on en ait utilisé une dose double. Et comme il s'agissait exclusivement d'études sur les dermatophytes, Gupta ajoute avec insistance : " Bien que des dermatophytes soient impliqués dans peut-être 90% des onychomycoses des pieds, il est certes judicieux de choisir un antimycosique disposant d'un large spectre d'action in vivo afin de bénéficier d'une chance maximale de réussite, quel que soit l'organisme étiologique. "

De même, il manifeste une préférence marquée pour le système intermittent, ne serait-ce que pour la charge systémique moindre : la substance disparaît pendant des semaines de la circulation sanguine alors que, pendant tout ce temps, elle continue à agir dans les ongles.

La pharmaco-économie

En se basant sur les méthodes de traitement précitées et sur le prix des emballages, on peut facilement calculer le coût du traitement pour le patient et pour la société. Il s'agit une fois de plus de l'onychomycose des orteils. Dans un ordre croissant (et encore en BEF).

Résumé et conclusion

Les onychomycoses font partie des maladies infectieuses les plus répandues. Bien que les ongles des doigts soient également atteints, le problème se concentre sur les orteils. Il peut en effet s'y cacher des pathologies plus graves et nombreux sont ceux qui en éprouvent également une gêne subjective.

A propos de l'étiologie, il existe encore une dualité conceptuelle. D'aucuns continuent à affirmer qu'en ce qui concerne les ongles des orteils, les dermatophytes ont le monopole alors que la recherche moderne a tout de même démontré l'implication étiologique des moisissures.

D'un point de vue thérapeutique, 3 médicaments entrent en considération et pour chacun d'eux, une méthode spécifique a été mise au point : traitement continu pendant 3 mois avec la terbinafine ; traitement intermittent pendant 3 x 1 semaine (et donc, dans l'intervalle, deux fois 3 semaines de pause) avec l'itraconazole ; traitement ponctuel consistant en 1 jour de traitement par semaine pendant environ 1 an avec le fluconazole. Ces directives s'appliquent à l'atteinte des ongles des orteils. Pour les ongles des doigts, on peut considérer qu'en règle générale, les 2/3 de la durée de traitement suffisent. Tant sur le plan de l'efficacité que de la pharmaco-économie, les deux premiers médicaments doivent être considérés comme supérieurs. Néanmoins, dans les études cliniques, encore une fois portant sur les ongles des orteils, les non dermatophytes sont souvent " oubliés ", ce qui laisse supposer que, dans la pratique, on obtient un taux de réussite un peu plus élevé grâce au spectre d'action plus large de l'itraconazole.

Dr T. Goossens

Sources :
Arrese, J.E., Fraiture, A. L., Piérard-Franchimont, C. Piérard, G.E. : Onychomycosen : van diagnose tot behandeling, met aandacht voor de farmaco-economische aspecten in België. Skin 1, 37 (1998)
De Doncker, P. : Communication personnelle (1997)
Gupta, A. K. : Pharmacoeconomic analysis of oral antifungal therapies used to treat dermatophyte onychomycosis of the toenails. Pharmacoeconomics 13, 243 (1998)
Odds. F. : Communication personnelle (1996)
Piérard, G.E. : Communication personnelle (1995)
Vanden Bossche, H. : Communication personnelle (1996)

Médicament	Schéma thérapeutique	Emballage	Coût par dose	Nombre de doses nécessaire	Coût pour le patient	Coût pour l'INAMI	Prix total
Itraconazole	2x2x100mg/jour 1 semaine/mois 3 mois	28 gél. à 100 mg	2.535	3	1.125	6.480	7.605
Terbinafine	250 mg/jour 3 mois	14 comp. à 250 mg 56 comp. à 250 mg	1.734 4.918	2 1	1.125	7.267	8.392
Fluconazole	150 mg/jour 1 jour/semaine 12 mois	10 gél. à 50 mg ou 1 gél. à 150 mg	1.607 632	16 52	6.000 8.216	19.712 24.648	25.712 32.864

Balade à travers le temps

Notre prochain voyage nous emmènera au Pays de France, à la fois en de hauts lieux du passé et dans un temple des technologies du futur

Chartres sera notre première halte sur ce chemin de délectation. Haut lieu de pèlerinage, cette cité est avant tout connue pour sa cathédrale. Charles Péguy a célébré sa silhouette altière dressée au milieu des blés. Notre-Dame de Chartres, nous racontent les guides touristiques, aurait exaucé les voeux les plus divers. Il paraît même que c'est à son intervention, au début du XIVème siècle, que fut signée la paix avec Édouard d'Angleterre, qui renonçait ainsi au Royaume de France. C'est aussi à Chartres que Henri IV fut sacré, après sa conversion au catholicisme. La cathédrale de Chartres, très homogène car édifiée en trente ans, marque le passage de l'architecture et de la sculpture du roman au gothique. En admirant ses superbes vitraux et en visitant le musée voisin du vitrail, nous aurons un large aperçu de l'art du XIIème siècle. Plus loin s'étale la vieille ville dans laquelle nous déambulerons en " petit train ", au-delà de l'évêché, de ses jardins et surtout de l'Eure, qui n'est sans doute pas étrangère à la réputation de grenier de la France que s'est taillée la Beauce.

Nous laissant bercer par le paysage et la route, nous arriverons ainsi dans un lieu de haute qualité. Le Château du Clos de la Ribaudière, à Chasseneuil, nous accueillera dans son cadre du XIXème siècle où nous prendrons un repos bien mérité après une agréable soirée autour d'une bonne table.

Poitiers, toute proche, était une étape d'importance sur le chemin de Compostelle. C'est que les reliques de son évêque Saint Hilaire faisaient elles-mêmes, à l'époque déjà, l'objet d'une grande vénération. Mais cette ville ne fut pas seulement celle des pèlerins et des saints: bien des batailles portent son nom. aurions-nous le front de rappeler à nos doctes lecteurs celle qui marqua la victoire de Charles Martel contre les Sarrasins?

Week-end du Futoroscope de Poitiers du vendredi 29 au dimanche 31 octobre 1999

PROGRAMME

29/10 : 7h30 Départ en car du Collège des Médecins
Petit déjeuner (libre) en route
*13h : Déjeuner à **Chartres** :*
*" **Caves de la truite qui file** "*
*14h30-16h : Visite guidée de la **cathédrale***
*et petit tour dans la **vieille ville***
19h : Arrivée à Chasseneuil
*(3 km du Futuroscope) Hôtel " **Château du Clos de la Ribaudière** ", séjour en demi-pension.*
Dîner à l'hôtel

*30/10 : Journée consacré au **Futuroscope** (repas libre)*
Retour et dîner à l'hôtel

31/10 : 8h30 Départ
*10h **Visite de l'Abbaye de Fontevraud***
*12h30 **Angers** - Déjeuner*
*14h-16h Visite guidée du **Château -musée et des célèbres tapisseries de l'Apocalypse** (100 m de long sur 5 de haut) datant du XIVe siècle*

Prix : sur base de 25 personnes :
13.500 frs pour les membres
15.500 frs pour les non-membres

Prix comprenant : Voyage en car de luxe, 1/2 pension à l'hôtel, repas du midi à l'aller et au retour, visites guidées à Chartres et Angers, entrée au Futuroscope et assurance annulation.

Mais notre but essentiel n'est-il pas le Futuroscope, auquel nous pourrons consacrer une journée entière si nous le souhaitons? Temple de l'image et du futur, ce site exceptionnel se renouvelle régulièrement . Images en trois dimensions, épopée dans l'espace, écran hémisphérique, image de synthèse, haute résolution, ... tout ce que la technique de pointe a pu inventer se retrouve là pour notre

émerveillement. Parfois aussi pour notre plein de sensation, car le réalisme de certains spectacles peut être à ce point poussé que l'on déconseille aux trop jeunes enfants d'y assister. La raison n'est pas l'immoralité du spectacle mais l'immersion dans un monde plus vrai que réalité.

Au retour, un arrêt en matinée nous permettra de visiter la très belle abbaye romane de Fontevraud. C'est le plus grand ensemble monastique de l'Occident. Sa construction a débuté en 1101 et il fallut la Révolution pour arrêter sa progression en 1789. Son fondateur serait un certain Robert d'Arbrissel, prêtre breton qui s'efforçait de soutenir la réforme grégorienne, visant à remettre le clergé dans le droit chemin de la spiritualité et à lui faire abandonner entre autres les bénéfices ecclésiastiques et la simonie. La durée de sa construction confère à l'abbaye de Fontevrault une très grande diversité architecturale, dont la cuisine romane octogonale, hérissée de hottes et de lanternaux, constitue sans doute l'élément le plus célèbre. L'abbaye était répartie en plusieurs prieurés, dont deux au moins ont fourni en matériaux les révolutionnaires en mal de pierre de construction. Les heurs et malheurs de ce grand monument en ont fait une prison de l'époque napoléonienne. Mais parmi ses titres de noblesse figure celui de lieu de repos de Henri II Plantagenêt et son épouse Aliénor d'Aquitaine, ainsi que leur fils Richard Coeur de Lion et Isabelle d'Angoulême, la femme de leur autre fils, Jean sans Terre.

Angers est le Chef-lieu du département de Maine-et-Loire et l'ancienne capitale de l'Anjou. Baignée par la Maine, elle fut d'abord connue comme le centre principal des territoires occupés par la tribu celtique des Andécaves. Après avoir été au Moyen-Age le phare de l'Anjou, Angers fut rattachée au Royaume de France par le Traité de Paris (1259).

Dans la cathédrale, on peut voir de très beaux vitraux et de riches tapisseries. Mais les plus célèbre sont sans nul doute les Tapisseries de l'Apocalypse, conservées au château et que nous aurons le plaisir d'admirer. Dessinées par Hennequin de Bruges, elles furent réalisées par Nicolas Bataille à la fin du XIVème siècle. Leurs dimensions sont impressionnantes. Apothéose de notre voyage, ces tapisseries étaient à l'origine longues de 168m, sur 5m de haut. Une centaine de mètres en a été conservée et restaurée. On peut s'y extasier devant plus de 68 scènes. Quant au fort d'Angers, il fut édifié sur les ordres de Saint Louis en 1230.

Ne perdons pas de vue que l'Anjou est aussi un vignoble. Etendue sur 14.000 hectares si l'on y joint le Saumurois, cette région vinicole nous livre des breuvages d'une très grande variété. On y trouve des vins blancs autant que des rouges , sans oublier les rosés bien connus comme le Cabernet d'Anjou et le Rosé d'Anjou. Selon les connaisseurs, la vocation de vignoble remonte pour l'Anjou au Vième siècle au moins.

1. Le Solido
2. Le Pavillon de la Communication
3. Le Cinéma Haute Résolution
4. La Gyrotour
5. Le 360°
6. L'Imax 3D
7. Astratour
8. Le Tapis Magique
9. L'Aquascope
10. Le Pavillon de la Vienne
11. Les Paysages d'Europe
12. Le Ciné-Jeu
13. Le Monde des Enfants
14. La Vidéo Haute Définition
15. Le Cinéma dynamique
16. Cyber Avenue
17. Le Théâtre et son Lac
18. Le Kinémax
19. Le Pavillon du Futuroscope
20. L'Omnimax
21. Le Cinéma en relief
22. Imagique

AVANT LA GUERRE

Dr A Bouckaert

Prix littéraire Pierre Dustin
(2ème prix)

Avant la guerre... on a l'impression, quand on dit ces mots, d'accéder à une époque tellement fabuleuse, tellement peu en concordance avec la nôtre. Tout était différent : la couleur, les bruits familiers, les objets. C'était une autre planète. Je me souviens surtout du bruit des roues au petit matin : des roues énormes qui faisaient jaillir des étincelles des pavés. Puis le grésillement de l'autorail, d'abord très léger comme un cristal vibrant, puis s'enflant progressivement, de plus en plus fort, un hurlement électromécanique. Avant la guerre, pour qui s'en souvient, il n'y avait que des machines, comme moi.

Tout était délicieusement programmé. Une équitable répartition de l'énergie électrique permettait à chaque machine de faire son petit trajet quotidien. Tchouk-tchouk-chouk le petit wagonnet cherchait du gravier à l'usine de gravier, il escaladait la colline sur ses rails bien lisses. Tchouk-tchouk et il s'immobilisait près du chantier où les pelles articulées venaient le vider de sa cargaison. Et il repartait vers l'usine. Le temps d'une charge de ses batteries et c'était le retour au chantier. Toujours, à 14h28 un autre wagonnet empruntait la même voie mais en sens inverse. Mais pas de souci pour autant : arrivé à 655 mètres, il était dévié par un aiguillage électronique sur une voie parallèle. Et quand les deux wagonnets se croisaient, tout juste au même moment, leurs sirènes sonores se saluaient en signe de rassurante courtoisie. Elles semblaient dire : je roule, je suis heureux, je suis utile, rien ne m'arrive jamais. Et l'autre lui répondait, sur un ton rendu plus grave par l'effet Doppler : bonheur, le bonheur...

Tout en haut de l'organigramme, quelque chose s'est alors déréglé. Je me souviens d'un ciel particulièrement gris en 1936, avec une odeur comme celle du fil électrique brûlé. Une sourde inquiétude s'était emparée des récepteurs radio. Un gratte-ciel s'était effondré à New-York, le crash de la bourse. Tout n'était donc pas réglé de façon infaillible. La surproduction s'installait comme un cancer dans les usines : des montagnes de briques, de verre, de carton, mais aussi des voitures, des locomotives, des maisons préfabriquées et même des engins bizarres, sans destination apparente, s'entassaient dans des dépôts. Ces dépôts devenaient toujours plus grands, s'écroulaient sur les routes, comblaient les rivières et les vallées, envahissant les forêts. Ils partaient, sombre masse de fer insensée, à l'assaut du ciel. il parut alors évident qu'il faudrait tout détruire et que ce serait la guerre.

L'activité devint de plus en plus fébrile. C'était, je me rappelle, au printemps 1938 que deux signes avant-coureurs me le firent comprendre de façon très claire. Pour la première fois, les trains qui se succédaient sans interruption depuis deux ans, et que j'avais pris l'habitude de voir passer avec leurs longs wagons plats chargés de poutres, de turbines et d'autres matériaux inutiles et consternants, étaient formés de wagons blindés, de couleur kaki, avec un petit canon pointé vers le ciel. Les fenêtres des wagons étaient le plus souvent très étroites et ne permettaient pas d'en voir l'intérieur. Mais d'autres wagons kakis étaient chargés de chars, de mortiers, de véhicules amphibies. Le second signe, très clair lui aussi, c'est que ce n'était plus de la fumée qui sortait de la cheminée des locomotives : c'était du feu. Et le crépitement des longues flammes qui se succédaient sur la voie ferrée faisait penser à un immense incendie, l'incendie du monde.

L'incendie a commencé en septembre 1939. D'innom-

brables avions, venus de l'Empire du Mal, à l'est, bombardent tout. Les ponts et les maisons volaient en éclats. Les voies ferrées étaient coupées, les voitures éventrées. Il semblait évident que tout allait très rapidement disparaître, non seulement tout ce qui avait été édifié au cours des siècles précédents mais même la substance de la planète. A plusieurs endroits, en effet, la croûte terrestre avait cédé et des torrents de lave achevaient l'oeuvre de destruction amorcée par les bombardiers.

C'est à cette époque que j'entendis parler pour la première fois du mystérieux " projet Manhattan ". Quelque part, dans un laboratoire souterrain, une arme secrète était en voie de réalisation. Sa mise au point durerait peut-être des années ou des siècles, nul ne le savait, mais cette arme terrifiante mettrait fin à la guerre. La phase aérienne avait d'ailleurs pris fin : à perte de vue, le paysage était absolument plat et couvert de cendres. Nous étions cachés dans des trous car de grands bulldozers militaires parcouraient encore le pays, avec mission d'écraser tout ce qui bougeait, dépassait du sol ou était simplement beau et bien conçu.

En juin 1944, la rumeur de l'aboutissement du " projet Manhattan " commença à se répandre, ainsi que le nom de cette arme terrible. Ce nom tenait en trois lettres, la vie. Dans les cornues et les incubateurs du plus secret des laboratoires militaires, un assemblage de molécules avait été irradié aux ultraviolets. Avec d'autres conditions expérimentales, encore tenues secrètes, ces molécules montraient un pouvoir singulier : elles étaient capables de produire leur propre copie. Ces molécules s'entouraient d'autres molécules, et formaient des cellules. Et ces cellules elles-mêmes constituaient les unités de base d'êtres entièrement nouveaux, les êtres vivants. Et comme ces êtres vivants restaient capables de se reproduire, par des opérations dont la complexité dépassait tout ce que le monde avait connu, il était impossible de les éliminer.

Le premier être vivant que je vis était un grand bipède de couleur noire, vêtu et casqué de kaki. Il mâchonnait un morceau de caoutchouc et son casque portait deux inscriptions énigmatiques : un GI à l'avant, et OK à l'arrière. Il était familièrement assis sur un petit engin tous-terrains qui semblait lui obéir complètement. Il se faisait obéir tout aussi parfaitement par une mitraillette, un lance-flammes et par un objet plus petit dont je ne compris pas, tout d'abord, la destination, mais dont je finis par comprendre qu'il lui servait à blanchir ses dents au moyen d'une substance pâteuse et lubrifiante. il tirait son carburant d'une boîte cylindrique ; on me dit que c'était du " corned beef ".

D'autres êtres vivants de ce genre envahirent alors le pays, et la vérité finit par être connue sur ce fameux " corned beef ". Il s'agissait là aussi d'un produit dérivé de la vie, constitué en réalité par de petits morceaux d'un être vivant d'un autre type, mais plus grand et d'aspect assez diabolique, avec de grande cornes, mais d'un naturel plus paisible que les bipèdes. Nous vîmes ainsi défiler un flot innombrable d'êtres vivants d'une variété aussi grande d'abord, puis plus grande que celle des machines. D'un point de vue purement esthétique, ceux qui me parurent les plus réussis étaient les chevaux. Les bipèdes, ou hommes, et les chevaux, vivaient en assez bonne entente et presque sur pied d'égalité mais les hommes prirent l'habitude de s'asseoir sur les chevaux, formant ce qu'on appelait des cavaliers, ou des chevaliers, qui prenaient une part

redoutable à la guerre, poursuivant les chars et les automitrailleuses de l'Empire du Mal et les détruisant à l'aide de lance-flammes. Mais certains chevaux supportaient mal le poids de l'homme et s'en débarrassaient en faisant de brusques ruades : beaucoup d'hommes moururent de cette façon et on dut se résoudre à remplacer les chevaux par des engins blindés conventionnels.

Le cours des opérations militaires devint alors très favorable, et la nouvelles nous parvint bientôt que l'Empire du Mal était vaincu. De nombreux hommes avaient été perdus soit au cours des opérations offensives soit du fait de la trahison des chevaux. La production industrielle reprenait petit à petit et je me rappelle que dès 1946, en voyant se dresser fièrement une petite usine avec sa longue et belle cheminée qui étalait bravement un ruban de fumée odorante dans le ciel, je compris que la paix était revenue.

Les bombardements, les engins blindés, les canons, la vie elle-même allaient disparaître et tout serait comme avant. Avant la guerre.

Mais cela ne s'est pas produit. Le projet Manhattan portait sur des êtres capables de se reproduire, et cela, seule la fièvre de la guerre les en avait provisoirement empêchés. Dès la paix revenue, les hommes ne s'occupèrent pratiquement plus que de leur reproduction. Ils procédaient de façon systématique et implacable : environ la moitié d'entre eux, d'une forme légèrement différente et émettant notamment des sons un peu plus aigus, les femmes, procédaient à des cultures de cellules qui, en neuf mois, se transformaient en un nouvel être humain, homme ou femme, de taille réduite. Après quelques années, cet être devient lui-même capable de se reproduire. Quant aux humains qui l'ont mis au monde, ils peuvent continuer à se reproduire ce qui, je le répète, constitue leur occupation quasi exclusive. Mais pourquoi ? Dans quel but ? Les humains eux-mêmes n'en savent rien.

Longtemps j'ai cru que leur destin, comme le nôtre, était réglé par un organigramme. Mais à quoi pourrait correspondre un tel organigramme ? Tous ces êtres humains s'autodétruisent après environ 80 ans et sont donc littéralement des condamnés à mort en sursis. Leur activité principale, ce qu'ils appellent le " sexe ", consiste à mettre d'autres êtres humains au monde, pour un temps tout aussi éphémère. Comme si, n'ayant pas le temps ou pas les moyens d'accomplir leur destin, ils étaient voués, par une espèce de malédiction liée à tout ce qui est sorti du projet " Manhattan ", à transmettre la vie à d'autres êtres qui seront tout aussi incapables d'accomplir ce destin. Enfin, le cancer de la surproduction avait probablement gagné le projet Manhattan lui-même car le nombre d'êtres humains, pour des raisons évidentes, ne cesse d'augmenter. Un homme et une femme ayant la possibilité de mettre au monde quatre enfants en vingt ans, point n'est besoin d'un coprocesseur mathématique pour se rendre compte que leur nombre est multiplié par deux tous les sept ans. On imagine ce que peut devenir la planète dans de telles conditions. Mais à quoi bon sonder l'avenir ? Ne vaut-il pas mieux essayer de retrouver, pour le court moment d'un rêve, la splendeur tranquille et le rythme des jours d'antan, des jours d'avant la guerre.

L'ART DE LA GUERRE

Dans la lignée des expositions consacrées dernièrement aux livres d'animaux, de fruits, de jardins et également de muscinées, une présentation d'ouvrages sur " l'art de la guerre " de Machiavel à Clausewitz vient de se dérouler dans la salle Alfred de Limminghe de la Bibliothèque universitaire Moretus Plantin

"L'art de la guerre", était le sujet de la dernière exposition présentée à la Bibliothèque universitaire Moretus Plantin. Ce fut l'occasion d'admirer les trésors que regorge la réserve précieuse de cette bibliothèque, ceux-ci étant rehaussés par quelques armes et éléments de costumes authentiques, fournis par le Musée de l'Armée.

Conjointement s'est déroulé un colloque international intitulé " Pensée stratégique et humanisme de Polybe à Raymond Aron " et animé par le professeur Bruno Colson (Professeur de Politique internationale, FUNDP).

Ce colloque fut l'occasion de resituer cet art, issu des modèles gréco-romain et chinois et qui, bien qu'intrinsèquement violents, s'opposent à l'instinct destructeur, la stratégie requérant discipline, hiérarchisation et réflexion.

A. Pascal, Histoire de l'armée..., 1847-1850,III,p. 307

C'est que cet " art " a bien évolué. Au début, l'habitude était de placer de manière symétrique les armées, qui n'étaient composées que d'un seul corps. Tout était codifié et le sens du Courage et de la Courtoisie était en vigueur. Au fur et à mesure, les stratégies se sont affinées, les mouvements de troupes se sont diversifiés. C'est que le relief ne respecte pas la rigueur rectiligne des rangs. L'armée se divise par la suite en corps. Ceux-ci peuvent se coordonner pour prendre l'ennemi à revers. De guerre en bataille, de Rois à Empereur, l'art guerrier s'élabore ainsi et c'est un certain Napoléon Bonaparte qui, par ses grandes campagnes, sera de loin le plus novateur dans ce domaine.

Au travers des dizaines d'ouvrages présentés à l'exposition, c'est non seulement une rétrospective stratégique et martiale, mais aussi un aperçu de l'évolution des techniques d'impression et d'illustration que l'on a pu admirer. Aux planches naïves se succèdent des essais de représentation en trois dimensions. Parfois erronées et disproportionnées, elles ne figurent plus des carrés, symboles arbitraires de milliers d'hommes, mais bien ces derniers, ce qui permet de montrer des merveilles de détails. Chaque unité possède en effet des éléments caractéristiques ! Les décorations des armes diffèrent, les coiffes, l'habit et les grades sont reconnaissables, constituant une mine d'informations historiques.

Dans cette exposition, le livre expose ses titres de noblesse. Ancêtre des livres actuels et notamment de celui de poche, il en reste cependant un illustre représentant. Et contrairement à ce dernier, le contenu n'est pas le seul digne d'intérêt. Il constitue en effet un plaisir des sens, que ce soit par une belle couverture qui a illuminé les yeux de plus d'un connaisseur par ses couleurs, sa texture et sa conservation ou encore par ses dorures.

Le livre constitue une œuvre d'art à part entière et chacune des expositions organisées à la Bibliothèque universitaire Moretus Plantin étaye cette affirmation.

Le catalogue de l'exposition, ainsi que ceux des précédentes, est en vente à l'accueil de la bibliothèque ainsi que ceux des expositions précédentes (livres d'animaux, livres de fruits, images de jardins).

Informations disponibles au service d'accueil de la bibliothèque (081 / 72.46.46). Bibliothèque universitaire Moretus Plantin : 19, rue Grandgagnage, 5000 Namur

O Langelez

Traitement hormonal substitutif de la ménopause: la bonne voie

Les connaissances acquises ces dernières années par la biologie moléculaire sur les mécanismes de fonctionnement des récepteurs aux oestrogènes permettent désormais de séparer les effets bénéfiques et les risques à long terme du traitement hormonal substitutif de la ménopause.

Depuis quelques années, le souci de protéger le squelette de la femme après la ménopause occupe une place grandissante dans les préoccupations médicales. Cette attitude a rencontré d'autant plus de partisans que l'on s'est progressivement aperçu que le traitement hormonal substitutif de la ménopause pouvait en même temps apporter une protection cardio-vasculaire. Plus encore: on commence aujourd'hui à suspecter qu'elle pourrait peut-être jouer un rôle dans la prévention de la maladie d'Alzheimer, bien que rien ne soit encore prouvé à cet égard.

Mais les discussions furent longues sur les risques d'effets secondaires graves à long terme d'un traitement aux oestrogènes, notamment ceux de cancer du sein et de cancer de l'endomètre. On sait que le traitement oestrogénique de long durée augmente la probabilité du premier. Quant au deuxième, il peut être maîtrisé moyennant le recours séquentiel à un progestatif. Dans ce cas, le risque préexistant ne semble pas augmenté par le traitement hormonal substitutif de la ménopause, ce qui n'exclut pas la nécessité d'une surveillance.

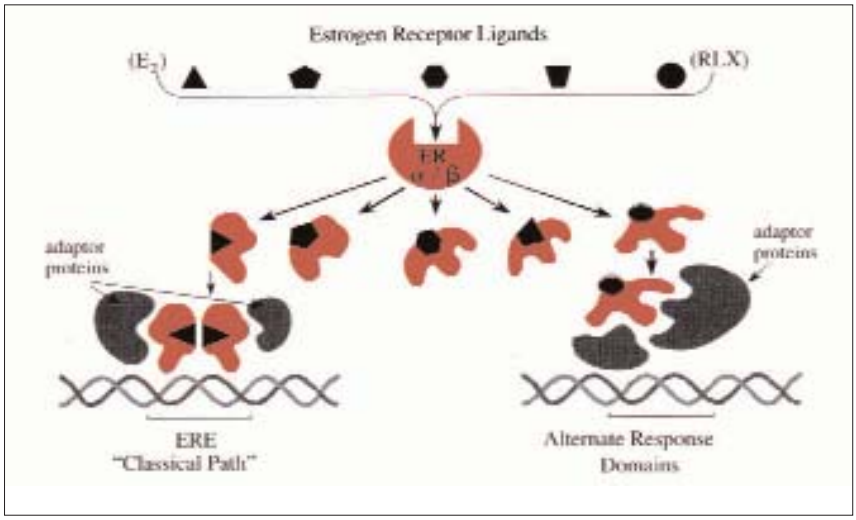


Fig 1. Voies de transcription du signal à partir des récepteurs aux oestrogènes (adapté de Mc Donnell et al., 1995; Yang et al. 1996; Peach et al, 1997)

Le concept de spécificité tissulaire

Les connaissances acquises ces dernières années par la biologie moléculaire sur le mécanisme d'action des oestrogènes se sont largement étendues. Elles concernent l'existence de deux récepteurs différents (alpha et bêta), leur distribution tissulaire et le mode d'induction de la transmission intracellulaire du signal. Ces notions ont permis le développement d'une nouvelle classe pharmacologique, celle des modulateurs sélectifs du récepteur aux oestrogènes (SERMs, Selective Estrogen Receptors Modulators). Le raloxifène, première molécule non stéroïde de deuxième génération répondant à ce nouveau concept, accumule déjà des résultats prometteurs. L'endomètre et les glandes mammaires sont surtout porteurs de récepteurs alpha des oestrogènes, tandis que les récepteurs bêta sont présents sur le myocarde, l'endothélium et les cellules osseuses. Deux voies d'action hormonale ont été décryptées. Dans la voie dite classique (figure 1), la fixation de l'hormone et d'autres ligands sur l'un ou l'autre de ces deux types de récepteurs entraîne à leur niveau des modifications structurelles, donnant naissance à différentes formes de complexe ligand-récepteur. Après dimérisation, ce complexe interagit avec des séquences cibles spécifiques au niveau de l'ADN, les "éléments de réponse aux oestrogènes" (ERE, estrogen response elements). Cela entraîne la transcription des gènes concernés. Des protéines adaptatives (adaptor proteins) viennent s'ajouter au

complexe ligand-récepteur et peuvent elles aussi réguler la transcription génique, contribuant ainsi à la spécificité tissulaire des effets.

Dans la voie alterne, comme c'est le cas pour le raloxifène, les éléments cibles du complexe récepteur-ligand semblent être différents de ceux de la voie classique. L'un d'eux serait le RRE (raloxifen response element), en partie impliqué dans les effets du médicament sur l'os. Un autre " élément de réponse " appelé AP1 intervient également dans la transcription. Le complexe raloxifène-récepteur alpha ne stimule que faiblement le site AP1. Cela pourrait expliquer l'absence d'effet stimulateur du raloxifène sur les organes riches en récepteurs alpha et pauvres en récepteurs bêta ou dépourvus de ceux-ci.

Après deux ans déjà

Les premières éludes cliniques conduites avec le raloxifène administré par voie orale pendant deux ans ont permis d'obtenir une prévention précoce de la perte osseuse. Delmas et al. (1) ont étudié ses effets sur la densité osseuse, les taux de lipides sériques et l'épaississement de l'endomètre chez 601 femmes en post-ménopause. Elles ont été réparties par randomisation en groupes recevant respectivement 30, 60 ou 150 mg de raloxifène ou un placebo pendant 24 mois. Dans chaque groupe de femmes ayant reçu du raloxifène, les auteurs ont noté une augmentation significative de la densité minérale osseuse par rapport au début de l'étude, que ce soit au niveau de la colonne lombaire, de la hanche ou pour l'ensemble du squelette. Des effets bénéfiques sur le profil lipidique ont également pu être mis en évidence. Un essai multicentrique de grande envergure est en cours pour évaluer la signification clinique et les répercussions de ces modifications sur la mortalité coronarienne et l'incidence des infarctus non mortels. Quant au risque de cancer, il a également été étudié au cours d'un traitement continu de deux ans. Aucun signe de stimulation endométriale n'a pu être détecté, que ce soit par l'échographie endovaginale, l'hystéroscopie, la biopsie ou la clinique. Et la probabilité de cancer du sein serait diminuée de 50% chez les femmes à haut risque.

Parmi les effets secondaires, il faut noter une fréquence des bouffées de chaleur et des crampes des membres inférieurs légèrement supérieure à celles que l'on enregistre sous placebo. Le risque de thrombose veineuse profonde est similaire à celui de la thérapeutique substitutive classique ou du tamoxifène et serait surtout marqué dans les six premiers mois.

Dr J. Andris,

d'après le symposium " A new choice for the postmenopausal woman ", Paris, avril 1999.

Référence

Delmas P et al.; Effects of raloxifene on bone mineral density, serum cholesterol concentrations, and uterine endometrium in post-menopausal women; NEJM, 337: 1641-1647, 1997.

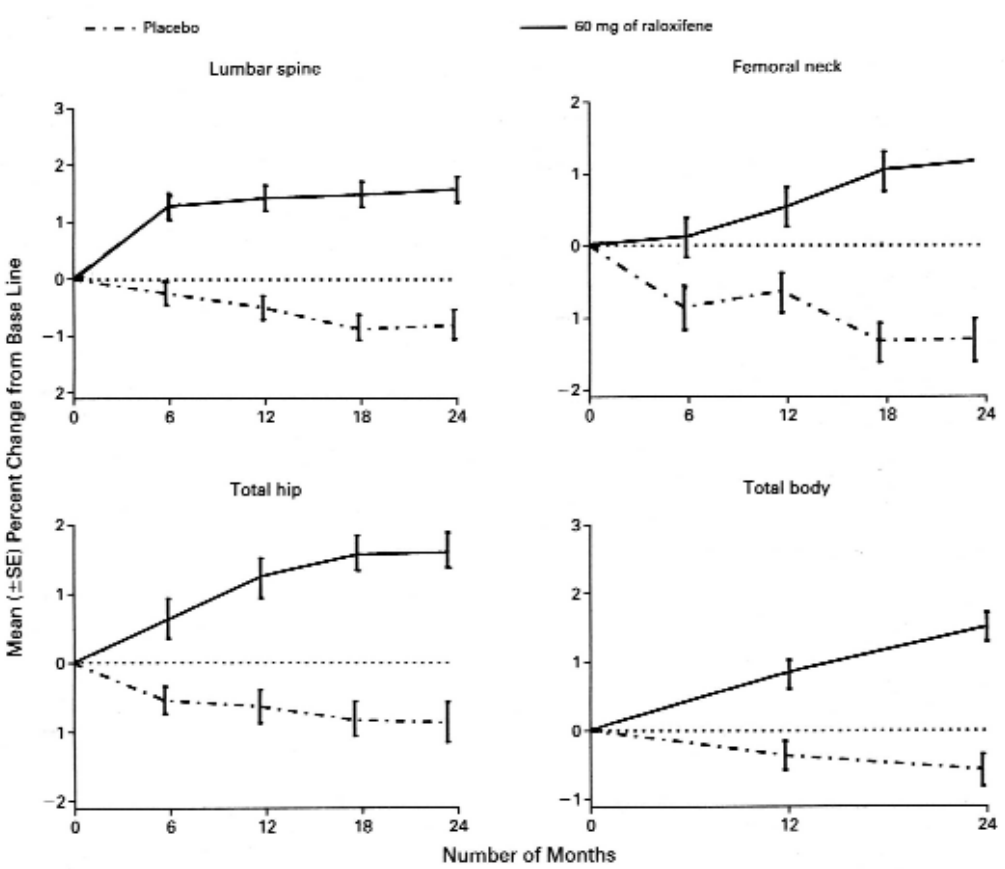


Fig 2 Pourcentage moyen de modification de la densité minérale osseuse chez des femmes en post-ménopause ayant reçu du raloxifène (60 mg/j) ou un placebo pendant 2 ans.

Les antioxydants, véritables "boucliers" du corps humain ?

Au début des années 1990, des chercheurs ont découvert que les antioxydants jouaient un rôle dans la prévention des maladies dites de civilisation. La difficulté à juguler les "agresseurs de macromolécules" que sont les radicaux peroxyle, hydroxyle, superoxyde, … exprime l'authentique complexité de la gestion du stress oxydatif.

Notre organisme a besoin de radicaux libres. Ils sont indispensables à la synthèse des prostaglandines et sont les moteurs de la. Phagocytose, composante des défenses cellulaires. Dans 2 à 4% des cas, cependant, le système s'emballe et les mécanismes de défense sont submergés. L'alimentation occidentale nous oblige à revoir à la hausse les apports journaliers recommandés en antioxydants. Effectivement, notre consommation de fruits, de légumes, d'oléagineux et de produits céréaliers complets, les plus grands pourvoyeurs naturels, ne cesse de diminuer au profit notamment des aliments d'origine animale. Le défi est donc haletant, mais les connaissances actuelles sont limitées et l'idée de déterminer des doses "optimales" fait encore figure d'utopie.

Où situer l'intervention et à quelles doses ?

Les études épidémiologiques supportent l'hypothèse que les antioxydants majeurs jouent un rôle bénéfique dans le maintien de la santé et dans la prévention des maladies chroniques. Plus de recherches sont nécessaires pour savoir si des composés tels que les caroténoïdes et les polyphénols apportent des effets bénéfiques similaires. De plus, on ne dispose que de peu d'informations quant à la toxicologie humaine de ces substances. Pour l'instant, les études d'intervention avec placebo constituent le "gold standard". Mais à l'avenir vont poindre de nouvelles générations d'études basées sur l'évaluation et la quantification des biomarqueurs du stress oxydatif. Le développement de techniques de mesure d'isoprostanes dans le sang amènera, par exemple, une méthode spécifique et précise, capable de fournir un indicateur de la peroxydation lipidique dans tout l'organisme. A terme, de telles démarches s'avéreront utiles pour établir le rôle précis et les posologies optimales d'antioxydants dans le maintien de la santé publique.

Prévenir pour mieux vieillir

Les antioxydants permettent sans aucun doute de se prémunir contre l'apparition des pathologies du vieillissement et un certain nombre de grandes études épidémiologiques sont en cours pour tester ces hypothèses et évaluer cette efficacité chez l'homme. Ainsi, l'étude SUVIMAX surveille, depuis près de 4 ans maintenant, une cohorte de 15.000 personnes en bonne santé, réparties dans toute la France, et suivies médicalement par des unités mobiles. Les volontaires, de 35 à 60 ans pour les femmes et de 40 à 60 ans pour les hommes, reçoivent en double aveugle, soit un placebo, soit un cocktail d'antioxydants (dosage: 30 mg de vitamine E, 120 mg de vitamine C, 6 mg de bêta-carotène, 20 mg de zinc, 100 µg de sélénium). Les auteurs de l'étude prônent la synergie d'action existant entre antioxydants en utilisant des doses supranutritionnelles. Ceci devrait permettre d'éviter les effets paradoxaux observés dans les études de supplémentation, réalisées notamment avec de fortes doses de bêta-carotène. Ainsi, si la vitamine E ne pose que très peu de problèmes de toxicité, la vitamine C et le bêta-carotène peuvent se métamorphoser en pro-oxydants. De plus, il s'est avéré que "bombarder" d'antioxydants les radicaux libres aurait pour effet de nuire au système immunitaire. Enfin les associations se révèlent plus efficaces et stimulent les synergies, car leur action est située à des niveaux (un antioxydant est "spécifique" d'un radical libre) et à des endroits différents (la mitochondrie pour le sélénium et la vitamine E, le cytosol pour la vitamine C).

Pour l'heure, les résultats initiaux de l'étude n'ont pas permis d'observer d'effet thérapeutique majeur, tout au plus voit-on clairement une augmentation de la capacité antioxydante chez la plupart des individus. Cependant, grâce à la télématique, des renseignements précieux sur les différents archétypes alimentaires existant en France sont désormais accessibles. Par ailleurs, des résultats biologiques seront disponibles en octobre 1999, et les conclusions définitives sont espérées pour 2003. Ce n'est qu'après analyse de l'ensemble de ces données que l'on pourra espérer mieux comprendre les constatations actuelles.

Nicolas Rousseau, diététicien

D'après le symposium organisé par la société Christiaens Pharma du 24 avril 1999 à Leuven (K.U.L.) et consacré aux Radicaux libres et antioxydants.

TRANSPLANTATION PULMONAIRE

La première transplantation pulmonaire chez l'homme fut réalisée par le Dr Hardy en 1963. Les résultats initiaux furent franchement mauvais : la plupart des patients greffés sont décédés dans le mois qui suivit l'intervention. Après des recherches intensives en laboratoire et grâce à l'introduction de la ciclosporine, ces résultats s'améliorèrent. En 1983, une transplantation de poumon unique pour fibrose pulmonaire fut conduite avec succès. Elle fut suivie d'une double greffe pour COPD en 1986. Bien que les résultats se soient nettement améliorés ces derniers temps, la transplantation pulmonaire reste une vaste entreprise dans laquelle une surveillance intensive s'impose après l'intervention.

Une sélection correcte des receveurs est indispensable. Parmi les critères généraux figure un stade terminal avancé de l'insuffisance pulmonaire avec une espérance de vie inférieure à 18 mois. La qualité de vie doit être profondément dégradée, rendant l'épreuve de la maladie particulièrement pénible. En plus de cela, il faut que plus aucune alternative ne soit possible et que le patient soit parvenu au maximum des possibilités de traitement pharmacologique. Les indications les plus importantes sont à l'heure actuelle l'emphysème, la mucoviscidose, l'hypertension pulmonaire primitive et la fibrose pulmonaire idiopathique.

En cas d'emphysème, la possibilité de réduction chirurgicale du volume, au cours de laquelle les zones les plus affectées de l'organe sont enlevées, doit être dépassée. Les contre-indications à la transplantation sont les cancers, les affections graves du foie et des reins, le tabagisme et les atteintes majeures du coeur ou du système nerveux. Les facteurs psychosociaux jouent également un rôle étant donné la gravité de l'affection et l'évolution postopératoire parfois difficile. Un receveur potentiel doit subir une évaluation internistique complète, au terme de laquelle les résultats seront discutés par l'équipe pluridisciplinaire de transplantation. Si le patient est admis à la transplantation et inscrit sur la liste d'attente, il sera suivi étroitement de manière à ce que tout problème intercurrent soit rapidement pris en charge. En cas d'atteinte infectieuse éventuelle, il ne sera provisoirement plus transplantable.

Quant à la qualité du donneur, les exigences sont très strictes. Il ne peut y avoir aucun traumatisme ou contusion thoracique, ni de sepsis ou d'aspiration. Une sécrétion manifestement purulente constitue aussi une contre-indication. La capacité d'hématose des poumons doit être normale . Lorsqu'un donneur potentiel est annoncé, un examen très soigneux est entamé pour évaluer la qualité de ses poumons. La procédure de prélèvement enlève les deux poumons en bloc après perfusion de quatre litres de solution de conservation Eurocollins par l'artère pulmonaire. Entre-temps, l'ablation est entamée chez le receveur. La transplantation sera unilatérale ou bilatérale en fonction de l'atteinte sous-jacente. C'est ainsi que dans la mucoviscidose, les deux poumons sont obligatoirement transplantés en raison des infections possibles et des abcédations qui peuvent être bilatérales. Vu la rareté des donneurs d'organes, dont une minorité seulement ont des poumons qui peuvent être pris en considération pour greffe, il faut opter si possible pour la transplantation unilatérale. Si besoin est, le patient sera placé sous circulation extra-corporelle pendant l'intervention.

En phase postopératoire, le taux d'inflation sera maintenu faible pour éviter l'oedème de reperfusion au niveau de l'organe greffé. Pour l'immunosuppression, on utilise les corticoïdes, la ciclosporine A, l'azathioprine et les globulines antithymocytes. La prophylaxie des infections virales, bactériennes et fongiques est évidemment indispensable. On s'efforcera de faire respirer le patient spontanément aussi rapidement que possible. Des bronchoscopies de contrôle seront régulièrement pratiquées pour évaluer l'anastomose bronchique et pour détecter précocement un rejet éventuel. Celui-ci constitue avec les infections la complication postopératoire la plus importante. Les rejets aigus exigent de hautes doses de corticoïdes. Les rejets chroniques aboutissent souvent à un syndrome de bronchiolite oblitérante touchant les plus petites voies respiratoires et entraînant des répercussions néfastes pour la fonction pulmonaire. Face à pareille situation, on ne dispose pas encore de traitement adéquat.

Bien que la transplantation pulmonaire constitue un traitement très intensif, elle représente pour certains patients souffrant d'atteinte respiratoire très avancée une nouvelle chance d'accéder à une qualité de vie acceptable et de se réinsérer sur le plan social.

Pr. Dr P. Van Schil
Dienst heelkunde
Afdeling thorax- en vaatheelkunde
UZ Antwerpen

Jubilaires 1999

Introduction

A chaque printemps, tradition oblige, nous nous réunissons pour féliciter les Confrères et Consoeurs qui pendant 50 ou 60 ans se sont dévoués à cette vocation et cette profession dont l'unique objet est l'homme malade.

Certains n'ont pu se joindre à nous aujourd'hui pour des motifs de santé ou autres, qu'ils ne soient pas oubliés pour autant.

Ce sont les docteurs Antoine Bremer, Jean Brihaye (décédé récemment), Pol Gillet, Henri Maisin, Jean Vermeylen et Serge Ysaye.

Je vais donc tenter en quelques minutes d'évoquer la carrière de chacun d'entre vous. Vous qui fûtes nos aînés, nos maîtres, nos guides.

Le docteur André Merlin,

Diplômé de l'Université Libre de Bruxelles, le docteur André Merlin entre dès 1938 au service militaire après avoir été accepté comme assistant au service de pédiatrie du Professeur Cohen.

Après la campagne de 18 jours, arrêté par les Allemands en tentant de passer en France, il est envoyé comme médecin dans un camp de prisonniers en Poméranie.

A l'infirmerie de ce camp, il pratique avec un collègue polonais de la chirurgie (ayant fait deux années de stage pendant ses études) et réalise des prouesses chirurgicales avec les petits moyens de l'époque, pour venir en aide aux prisonniers blessés ou atteints d'une pathologie chirurgicale infectieuse le plus souvent.

Libéré en 1943, il commence les stages de pédiatrie tout en restant fidèle à son idéal patriotique, comme Membre de l'Armée Secrète, section ambulance.

Après 6 années passées à l'Université, il exerce enfin la pédiatrie en privé, spécialité qu'il pratique toujours à ce jour, avec le même enthousiasme.

Docteur André Merlin, au nom du Collège des Médecins, nous vous adressons toutes nos félicitations et toute notre reconnaissance.

Le docteur Jacques François,

Le docteur Jacques François est né à Etterbeek, le 17 juin 1924. En juillet 1948, titulaire d'un diplôme de docteur en médecine fraîchement acquis, il entame une spécialisation en cardiologie qu'il mène de pair avec une pratique de médecine générale.

Reconnu spécialiste en cardiologie, avec la plus grande distinction, il devient secrétaire de la Commission de la Société Belge de Cardiologie et défend activement ce qui est devenu une évidence de nos jours, à savoir la réadaptation cardiaque précoce dans le post-infarctus.

Agréé comme médecin du travail, il sera dans le Service de Santé Administratif de l'Etat, garant de la santé de quelques 800.000 fonctionnaires avant de terminer sa carrière comme Directeur Général de l'Administration de la Médecine Sociale.

Le docteur François fut Co-Président du Comité Médical de la Croix-Rouge et ce n'est que récemment qu'il quitta ce poste pour ne plus se consacrer aujourd'hui qu'à la fondation De Cooman.

Pour cette belle carrière, le Collège vous félicite chaleureusement.

Le docteur Emile Furnemont,

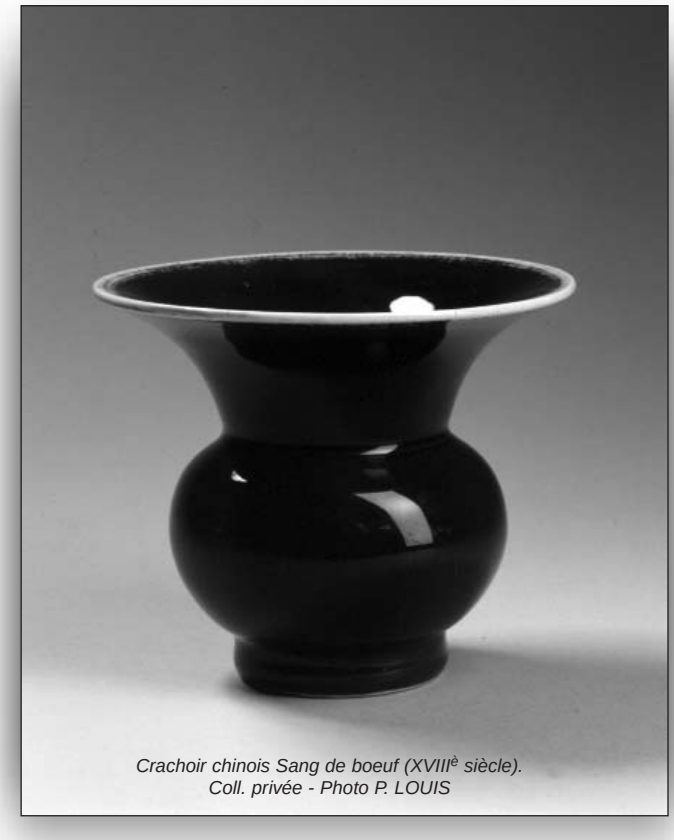
Le docteur Emile Furnemont est diplômé de l'Université Catholique de Louvain. Après son service militaire, il se spécialise en radiologie à Louvain, Bonn, Paris et Lille.

De 1954 à 1986, il exerce pendant 32 ans les fonctions de Chef de service de radiologie à la Clinique Sainte-Anne à Anderlecht où il donne

suite page 18

UN CRACHOIR CHINOIS SANG-DE-BOEUF

Vous êtes-vous jamais attardé sur les expressions familières "Tenir le crachoir", c'est-à-dire parler sans interruption, et "tenir le crachoir à quelqu'un", qui, cette fois, signifie ne pas pouvoir placer un mot? Aviez-vous observé que ces deux phrases, assez proches en apparence, ont un sens diamétralement opposé? Peut-être s'agit-il d'une de ces bizarreries, telles que si souvent rencontrées dans notre pratique de la langue française...



Crachoir chinois Sang de boeuf (XVIII^{è} siècle).
Coll. privée - Photo P. LOUIS

Le crachement a toujours nécessité un instrument adéquat, selon le degré de politesse et d'hygiène d'une civilisation. Les affections pulmonaires, et sans doute la tuberculose, en ont multiplié les motifs de l'employer. On en connaît l'usage collectif, quand, remplis de sable ou de sciure, ils sont comme de larges baquets, et sont alors placés à la disposition du public. On en voyait autrefois près de la sortie des gares. Ceux parmi nous qui sont bédéphiles ou cinéphiles se souviennent de ces ustensiles qui trouvaient naturellement leur place aux pied des bars, dans les saloons des westerns. Un modèle collectif est notamment visible à Gand, au musée pour la fondation Jan Palfyn. Il était utilisé à l'Hospice de la Byloke, lors de traitements de dentisterie et par les malades phtisiques, qui séjournaient en salle commune.

Lors de l'exposition organisée par l'Association Belge pour l'Hygiène Hospitalière, à Montigny le Tilleul, en 1998, de charmants et précieux crachoirs individuels étaient exposés, qui avaient été fabriqués dans toutes les matières (fonte, étain, cuivre et argent, porcelaine et faïence, verre et opaline). On évoquait à leur propos l'origine moyenâgeuse de ces objets et l'explosion de leur usage après l'irruption du tabac que l'on prisait et chiquait avant de fumer comme aujourd'hui. Ainsi, furent-ils particulièrement abondants du XVIème au XIXème siècle.

La forme individuelle doit rappeler l'entonnoir. Il est formé d'un réservoir, surmonté d'un bord très évasé, ces deux parties étant séparées par un goulot assez resserré. En Europe, on trouve également une autre forme, toute différente mais assez répandue, qui ressemble à une petite casserole, sorte de cendrier rond et plat, possédant un petit manche (de la même matière ou d'une autre), et un large rebord invaginé comme celui d'une panne.

Dans la Chine ancienne, le modèle classique, comme illustré dans cet article, est une invention des potiers de l'époque Tang (à peu

près au VIIème ou au VIème siècle). Ceux-là nous étaient déjà bien connus pour avoir laissé après eux de fameux objets funéraires, comme ces chevaux et ces personnages aux superbes glaçures plombifères, merveilleux objets d'art que tous nous avons déjà pu admirer. De tels crachoirs n'existent qu'à quelques très rares exemplaires. Certains pensent qu'ils ont servi de vase à fleurs avant cet autre usage, plus prosaïque. Son aspect, un petit récipient s'élargissant en forme de coupe, serait cependant assez directement inspiré par les crachoirs de l'Asie occidentale.

La pièce reprise pour cet article remonte à une période plus tardive, au règne des empereurs Ts'ing (ou Qing), soit au XVIIème siècle. C'est une période dite classique pour la porcelaine, et qui, à la faveur d'une grande prospérité, permit une production abondante Une des belles réussites de cette période consiste à l'emploi du rouge monochrome à base d'oxyde de cuivre. Au quinzième siècle, la couleur rouge de cuivre avait connu son heure de gloire, avec des couvertes profondes et brillantes. En pratique, il s'agissait d'une technique difficile, source d'échecs répétés. Devant ce grand gaspillage, puisque de nombreuses pièces étaient rejetées, la production de porcelaines de cette couleur avait été abandonnée, au point que le secret de fabrication en avait même été progressivement perdu!

Ces monochromes à base d'oxyde de cuivre réapparaissent sous K'ang-hi, plus beaux, d'un éclat et d'une profondeur inégalés. On applique cette couleur difficile par pulvérisation, selon un geste qui donne une surface légèrement striée. La difficulté de cette application est la nette tendance pour cet oxyde de cuivre à couler, à déborder sur le pied, à fixer la pièce sur son support. Les artisans de cette époque, plus habiles, éviteront cet écueil : la couverte est plus mince et s'arrête tant à la base qu'à son bord supérieur, laissant la pâte apparaître.

Une belle variante de cet oxyde de cuivre est également connue des amateurs; elle a un aspect rouge-rosé, avec des mouchetures, et ceci, d'un grand charme, fut souvent appelé "peau de pêche". Par contre le déclin artistique ultérieur apporta des tons plus criards. L'emploi d'oxyde de fer sans additif donna même une teinte rouge corail ou tomate d'un moins bel effet.

Mais revenons aux notions d'hygiène et de risque contagieux, qui ont peut-être présidé à l'usage de pareils ustensiles. On sait depuis toujours que certaines affections transmissibles sont dues à des petits organismes parasites, considérés comme trop petits pour être discernés, et disséminées par ceux-ci. Ainsi accusait-on des miasmes véhiculés par l'air ou des animalcules virulents et pathogènes. Les anciens savants en ont eu souvent l'intuition qui n'a pu se vérifier qu'avec les progrès de la microscopie et surtout de la science microbiologique.

Cette idée est facilement illustrée par l'une ou l'autre citation, comme l'exemple tiré de Marcus Terentius Varron, célèbre encyclopédiste et contemporain de César. Il conçoit l'existence probable d'animaux minuscules, qu'on ne peut voir, mais qui passent par la bouche et les narines, et qui causent de graves maladies dans l'organisme atteint: "...animalia quaedam minuta, quae non possunt oculi consequi, et per aëra intus in corpus per os ac nares perveniunt, atque efficiunt difficiles morbos" (extrait de Rerum rusticarum de agricoltura).

Dr Alain de Meeûs d'Argenteuil

L'objet du prochain article

suite de la page 15

également des cours de nursing.

Auteur de plusieurs dizaines de publications en radiologie, particulièrement en radiologie digestive, il décide en 1988, de prendre les fonctions de Directeur Médical dans le même établissement.

Au cours de ces dix dernières années, il réalise la fusion Sainte-Anne/ Saint-Remi, et prépare le fusion avec la Clinique Sainte-Etienne.

C'est seulement en juin dernier qu'il quitte ces lourdes fonctions.

Pour votre carrière particulièrement brillante, le Collège vous adresse toute sa reconnaissance et ses plus chaleureuses félicitations.

Le docteur Gérard Laets,

Au début , le docteur Laets pensait à la chimie, mais c'est de la Faculté de médecine de l'ULB qu'il est sorti diplômé, un beau jour de juillet 1948. Après quelques années de stage passées à l'Hôpital de Schaerbeek, à l'Hôpital d'Ixelles, à l'Institut Pasteur, au Therapeutische Instituut d'Amsterdam, il revient en Belgique pour suivre une licence en chimie organique, décrochée en 1955.

Alors muni de son nouveau bagage, il est, pendant 30 ans, chef des services de biologie clinique des hôpitaux Paul Brien et Disca.

Comme maître de stage, il a formé des biologistes qui se souviennent de lui comme d'un maître attentionné mais exigeant.

Pour toutes ces années passées au service d'une biologie de pointe, le Collège des Médecins vous remercie.

Le docteur Marie Walravens,

Le docteur Marie Walravens est l'une des 4 consoeurs qui ont reçu leur diplôme de médecins à l'UCL, il y a cinquante ans.

Epouse de magistrat, mère de 4 enfants, partagée entre une pratique privée, les consultations de médecine préventive à l'O.N.E. et en inspection scolaire et des cours à l'Ecole sociale de la rue de la Poste, le docteur Walravens gagna le pari de mener de front toutes ces tâches.

Un fils médecin, une fille infirmière, une autre secrétaire médicale prouvent, si besoin en est, l'enthousiasme communicatif avec lequel le docteur Walravens poursuit sa carrière.

Pour l'enthousiasme qui vous a guidé tout au long de votre carrière, le Collège vous félicite chaleureusement.

Le docteur André Meynckens,

Le docteur André Meynckens diplômé de l'UCL, entre dans le service de chirurgie et accidents de travail de la STIB où il restera jusqu'en 1962.

Il devient alors chef du service de chirurgie à la Polyclinique de Laeken, activité qu'il cumule pendant trente ans avec les fonctions de chef de service de chirurgie à la Clinique Sainte-Etienne.

Pour votre carrière chirurgicale, particulièrement bien remplie, le Collège des Médecins vous adresse toutes ses félicitations.

Le docteur André Delcourt,

Le docteur André Delcourt est diplômé de l'ULB, en 1948, avec grande distinction et commence la spécialité de médecine interne comme assistant étranger des hôpitaux de Paris et à l'hôpital d'Ixelles ensuite où il termine comme chef de service de médecine interne avec comme spécialité la gastro-entérologie.

En 1962, nommé agrégé de l'enseignement supérieur à l'ULB, il est chargé de 1978 à 1993 du cours des maladies du tube digestif.

Il est l'auteur de nombreuses publications concernant la fonction pancréatique.

En 1978, il devient Président de la Société Royale Belge de Gastro-entérologie.

Du temps où il était chef de service de médecine interne, il fut l'un des initiateurs d'un enseignement de formation continue adressé aux médecins généralistes.

Pour votre carrière centrée sur la gastro-entérologie, pour ce travail de pionnier, le Collège des Médecins vous adresse tout particulièrement ses félicitations.